ITEM 349 : SYNDROME OCCLUSIF

Diagnostic positif

C

- **Arrêt des gaz** ± matières avec possible **diarrhée** par vidange passive du segment d'aval
- **Douleur abdominale ++**
- **Nausées ou vomissements** : précoces si obstruction haute vs tardifs si obstruction basse
- **Météorisme abdominal** : surtout en cas d'obstruction basse
- Retentissement : déshydratation, tachycardie, fièvre
- Examen clinique : tympanisme, bruits hydro-aériques

➝ Systématique : **inspection des cicatrices abdominales, palpation des orifices herniaires (à la recherche d'une hernie étranglée ou une éventration)** et **TR**

PC

- **Bilan biologique (signes de gravité) : NFS, ionogramme, urée, créatinine, CRP + bilan pré opératoire.**
- **TDM injecté** :
  - . Diagnostic : niveaux hydro-aériques, **distension grêlique > 3 cm, colique > 6 cm, caecale > 9 cm**
  - . Siège de **l'obstacle** : jonction grêle plat – grêle dilaté, tumeur recto-colique…
  - . **Souffrance intestinale** : **absence de rehaussement** et **amincissement pariétal**, **pneumatose**

Etiologies

Occlusion mécanique

Intraluminale	Pariétale	Extraluminale
- **Fécalome** - **Bézoard** : conglomérat d'aliments non digérés - **Calcul** - **Parasite**	- **Cancer** ou **polype colorectal** - Inflammatoire : **MICI, tuberculose, ischémie, radique** - **Hématome** - **Invagination intestinale**	- **Brides post-opératoires** - **Volvulus** - **Hernie étranglée** - **Carcinose péritonéale** - **Tumeur ovarienne**

Occlusion fonctionnelle

= comprend le grêle et le colon, avec niveaux liquides à proximité de la zone pathologique ou diffus, le traitement de la cause lève l'occlusion.

Iléus réflexe	- **Colique néphrétique**, **infection pleuropulmonaire, IDM, GEU, torsion d'annexe** - **Traumatisme** : rachis, bassin - **Hématome du psoas** - **Pancréatite, appendicite méso-cœliaque, péritonite, infarctus mésentérique**
Pseudo-obstruction intestinale	- Métabolique : **hypercalcémie, hypokaliémie, acidose** - Médicament : **opiacé, anticholinergique, neuroleptique** - Maladie systémique : **hypothyroïdie, neuropathie (diabète…), sclérodermie…** - **Syndrome d'Ogilvie** = colectasie aiguë idiopathique

Sièges

Occlusion haute

= Siège sur le grêle, en amont de la valvule de Bauhin :
- Clinique : début **brutal**, douleurs **vives**, vomissements **précoces et abondants**, arrêt des matières et des gaz **retardé**, état général rapidement altéré, signes de **déshydratation**, météorisme possiblement minime
- ASP :
  - . Debout : niveaux hydro-aériques **multiples**, **centraux** et **plus larges** que hauts
  - . Couché : **valvules conniventes** (fines incisures d'un bord à l'autre de l'intestin dilaté)
- TDM : obstacle à la partie proximale de l'intestin, ***feces sign*** (stagnation stercorale)

Occlusion basse

= Siège sur le cadre colique ou le rectum ± étendu au grêle si la valvule de Bauhin n'est pas continente
- Clinique : début **discret**, **progressif** avec douleurs **peu intenses**, vomissements **tardifs** puis fécaloïdes à un stade très tardif, **arrêt net du transit**, état général longtemps conservé, météorisme **important**, tympanisme
- ASP :
  - . Debout : niveaux hydro-aériques **rares**, **périphériques** et **plus hauts** que larges
  - . Couché : **haustrations** (larges incisures asymétriques)
- TDM : siège de l'obstacle, et souvent diagnostic étiologique (cancer, volvulus…)

OCCLUSION PAR STRANGULATION

= **Etranglement de l'intestin et de son méso**, avec risque de **nécrose intestinale** ➝ **urgence thérapeutique**
- Début brutal, sans prodrome : **douleur** vive, **vomissements** précoces, voire **déshydratation** ou **choc hypovolémique** (par 3e secteur), météorisme discret, **silence auscultatoire**
- **ASP/TDM** : **image en arceau** avec niveau liquide à chaque pied
- **TDM** : siège et nature de l'obstacle, signes de souffrance intestinale par ischémie de la paroi (pas de rehaussement)

Occlusion haute

Occlusion sur bride	= **Cause la plus fréquente d'occlusion du grêle** (avec ATCD chirurgicaux *ou pas*) ➝ Toute intervention chirurgicale peut en être la cause, même de nombreuses années après Mécanismes : soit par capotage, soit par volvulus
Hernie étranglée	= **Hernie inguinale, crurale, ombilicale, ou hernie interne (obturatrice, hiatus de Winslow…) ou éventration post-opératoire** - Diagnostic facile : tuméfaction douloureuse et irréductible - Plus difficile : . Petite hernie crurale chez un patient obèse . Hernie de *Spiegel* (hernie du bord externe du muscle grand droit)

OCCLUSION PAR OBSTRUCTION		**Invagination intestinale**	- Rare chez l'adulte doit faire évoquer : tumeur, diverticule de Meckel, polype, lymphome - Fréquente chez le nourrisson, sans cause sous-jacente - Diagnostic : TDM (boudin d'invagination), laparotomie
	Occlusion basse	**Volvulus du colon sigmoïde (= rotation du colon autour de son axe)**	- Patient très âgé +++ - Occlusion rarement complète (transit des gaz non interrompu) - **Météorisme très important** avec ballonnement asymétrique, tympanisme, ampoule rectale vide - ASP : image d'anse sigmoïdienne très dilatée, en arceau avec 2 niveaux de liquides, avec un colon d'amont peu dilaté - Opacification rectale (lavement, scanner) : image d'arrêt effilé, asymétrique, à raccordement obtus avec le rectum, siégeant à la jonction recto-sigmoïdienne (image en « bec d'oiseau » permettant d'éliminer le CCR)
		Volvulus du caecum	- Tableau d'occlusion du grêle par strangulation : début brutal, vomissements précoces, ballonnement asymétrique, douleur de FID, FID déshabitée - ASP : niveau hydro-aérique volumineux projeté sur l'hypochondre droit, dilatation du grêle - Opacification basse (lavement, scanner) : arrêt avant le caecum
	- Occlusion de début **progressif** avec vomissements **tardifs**, état général longtemps conservé, météorisme diffus et important, bruits hydro-aériques conservé, voire **hyper-péristaltisme** - ASP : niveaux hydro-aériques nombreux - TDM : obstacle pariétal ou intraluminal		
	Phase pré-occlusive	Grêlique	- **Syndrome de Koenig** : douleur abdominale migratrice déclenchée par les repas, aboutissant toujours au même point et **cédant brutalement** avec une sensation de gargouillement associé à un **bruit de filtration hydro-aérique** et parfois une **« débâcle » diarrhéique**
		Colique	- **Ralentissement du transit** avec apparition/aggravation d'une **constipation**
	Occlusion haute	- **Compression extrinsèque** : **tumeur pelvienne, ADP** - **Parasitose** - **Bézoard** - **Hématome pariétal** (surdosage en anticoagulants) - **Carcinose péritonéale**	
		Tumeur de l'intestin grêle	= Rares : - **Polypes volumineux** (syndrome de Peutz-Jeghers) - **Adénocarcinome primitif** - Autre : **tumeur carcinoïde**, **lymphome, métastase** (poumon, mélanome) - Obstruction incomplète (syndrome de Koenig) ou complète
		Iléus biliaire	= **Complication rare et tardive d'une cholécystite négligée : fistule bilio-duodénale** par laquelle passent un ou plusieurs calculs volumineux, bloqués par la valvule iléo-caecale - Occlusion évoluant par à-coups après un épisode douloureux/fébrile de l'hypochondre D - **ASP/TDM** : **aérobilie**
	Haute/ basse	**Sténose bénigne**	- Causes nombreuses : **maladie de Crohn, ischémie intestinale segmentaire, lésion post-radique, endométriose, tuberculose iléo-caecale…** - évoqué à l'anamnèse, confirmé au TDM/IRM
	Occlusion basse	**Cancer colorectal**	= Plus souvent sur un **cancer du côlon gauche** ou **du sigmoïde** - Début progressif chez un patient > 50 ans, avec troubles du transit ou rectorragies minimes dans les mois précédent - **TDM avec opacification basse** : sténose courte, excentrée, avec anomalies muqueuses et angle de raccordement aigu au colon /!\ **La coloscopie en urgence est contre-indiquée en cas d'obstruction** /!\
		Fécalome	= A évoquer systématiquement, surtout chez les patients âgés, grabataires - **Masse fécale dure** au TR
		Syndrome d'Ogilvie	= Colectasie aigue idiopathique (pas d'obstacle, colon antérieurement sain) = Occlusion fonctionnelle, par **paralysie motrice**, sur une dilatation gazeuse de la totalité du colon et du rectum, généralement : suites d'un **polytraumatisme**, **malades intubés-ventilés**, **patient âgé alité** ou **sous neuroleptiques** - **ASP/TDM** : distension majeure du cadre colique sans obstacle organique
Conséquences	Occlusion mécanique simple *obstruction*	**Syndrome sus-lésionnel** 1) **Dilatation en amont** : hyper-péristaltisme, puis distension par les gaz (air dégluti, fermentation et sécrétions digestives) → **hyperpression** +++ → Au niveau colique, si valvule de Bauhin continente (50% des cas) : distension jusqu'à la **colectasie** (colon transverse > 7 cm) →risque de **perforation diastaltique**, principalement caecale +++ 2) **Altération progressive de l'absorption** → séquestration liquidienne dans l'intestin = **3e secteur** : **hypovolémie**, aggravée par les vomissements et les troubles hydro-électriques 3) **Hyperpression intraluminale** → **ischémie de la paroi digestive** (si pression > pression capillaire) : ↗ la **translocation bactérienne** et le risque de **perforation digestive**	

<table>
<tr><td rowspan="5">Conséquences</td><td rowspan="2">Occlusion
obstruction</td><td>Signes</td><td colspan="3">- Hypovolémie : ↗ hématocrite et protidémie, voire insuffisance rénale fonctionnelle
- Hyponatrémie (teneur élevée en sodium des liquides digestifs)
- Alcalose métabolique (vomissements acides)
- Acidose métabolique avec hyperkaliémie en cas d'ischémie
- Baisse de la fonction ventilatoire (par altération du mécanisme diaphragmatique)
➙ Risque de choc : Pression artérielle, fréquence cardiaque, iono, NFS, CRP, hydratation IV</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Occlusion à anse fermée
strangulation</td><td colspan="4"><u>Syndrome sus lésionnel</u> (cf. ci-dessus) + lésionnel
= D'emblée en cas de volvulus ou complique une bride en cas de capotage et torsion de l'anse d'amont
Syndrome lésionnel : compression de l'axe vasculaire d'une ou plusieurs anses digestives
1) Stase veineuse : extravasation de plasma et de sang dans l'anse exclue et dans le péritoine
2) Destruction de la barrière muqueuse et prolifération bactérienne : passage d'endotoxine dans la cavité péritonéale et le réseau capillaire ➙ risque de choc septique
3) Ischémie artérielle ➙ gangrène, pouvant aboutir à une perforation et une péritonite généralisée</td></tr>
<tr><td>Signes</td><td colspan="3">Risque de de nécrose intestinale
- Clinique : défense abdominale, choc, douleur très importante
- Biologique : insuffisance rénale, hyperkaliémie
- Scanner : signes d'ischémie intestinale
➙ Intervention chirurgicale en urgence en présence d'un signe de gravité</td></tr>
<tr><td colspan="2">Occlusion paralytique</td><td colspan="3">= Conséquences générales, d'évolution lente (en dehors d'une affection intra-abdominale aiguë : péritonite, abcès, infarctus mésentérique)
- Vomissements rares, volume liquidien séquestré peu important, altération pariétale tardive et limitée
- Risque faible de colectasie et, au-dessus d'un certain diamètre, de zones de nécrose et de perforation</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Prise en charge</td><td>Mise en condition</td><td colspan="4">➙ En urgence : - SNG en aspiration douce : ↘ l'accumulation de liquide, la distension et l'ischémie
- Réhydratation et correction des troubles hydroélectrolytiques</td></tr>
<tr><td>Signes de gravité</td><td colspan="4">- Signes de gravité : fièvre, signes de choc, signes de déshydratation, souffrance digestive, signes péritonéaux, hernie étranglée ➙ intervention chirurgicale en urgence, <u>sans imagerie préalable</u>
- Si besoin : résection intestinale + stomie avec rétablissement de continuité dans un 2nd temps</td></tr>
<tr><td rowspan="3">En l'absence de signe de gravité</td><td colspan="4">➙ TDM injecté + RP : niveau et mécanisme de l'occlusion</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Occlusion haute</td><td>Complète</td><td colspan="2">- Exploration chirurgicale</td></tr>
<tr><td>Incomplète ou bien tolérée</td><td colspan="2">Aide au diagnostic lésionnel par ingestion d'un PdC opaque hydrosoluble :
- Test à la gastrografine (peut lever un obstacle incomplet) + scanner
- Intervention chirurgicale : si majoration des signes occlusifs ou si la gastrografine n'atteint pas le caecum en < 6h</td></tr>
<tr><td>Occlusion basse</td><td colspan="3">- Volvulus du sigmoïde ➙ détorsion endoscopique (rectoscopie au tube rigide ou coloscopie au tube souple)
- Autres cas : scanner avec opacification basse (ou lavement opaque avec ASP à défaut)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">PEC d'occlusion haute</td><td rowspan="2">Strangulation</td><td rowspan="2">Occlusion sur bride</td><td>Douleur très importante ou signe de gravité</td><td>= Chirurgie sans délai : section de la bride ± résection de l'intestin strangulé s'il est nécrosé ou de vitalité douteuse</td></tr>
<tr><td>Occlusion bien tolérée et patient peu algique</td><td>= Désocclusion spontanée ou grâce à la gastrografine
- Chirurgie si l'occlusion dure plus de 48h ou si la Gastrografine ne fonctionne pas après quelques heures (risque de dénutrition)</td></tr>
<tr><td>Etranglement herniaire</td><td colspan="2">= Intervention chirurgicale en urgence : lever l'étranglement ± résection de l'intestin selon la vitalité de l'anse + cure de hernie</td></tr>
<tr><td>Obstruction</td><td colspan="4">- Tumeur du grêle ou de la valvule de Bauhin : résection chirurgical dans la majorité des cas
- Iléus biliaire : Traitement chirurgical de l'occlusion : entérotomie pour extraction du calcul, mais pas de traitement de la fistule biliaire (le plus souvent)
- Sténose bénigne : Occlusion incomplète, cédant au traitement médical (aspiration SNG, perf, ttt étiologique) voir intervention parfois nécessaire dans un 2nd temps</td></tr>
</table>

PEC d'occlusion basse	Strangulation	Volvulus du colon pelvien		- **Détorsion endoscopique** ou **radiologique** puis mise en place d'un **tube de Faucher** (sonde rectale longue) pendant quelques jours, pour **lavements évacuateurs** du colon d'amont - **Intervention à froid** (sur colon non distendu) discutée dans un 2nd temps, pour prévenir les récidives : **sigmoïdectomie** avec **anastomose colorectale**
		Volvulus du caecum		- **Colectomie droite** avec rétablissement immédiat de continuité par **anastomose iléo-colique**
	Obstruction	Cancer colorectal	En l'absence de signe de gravité	- **TTT médical** (perfusion, SNG en aspiration) avec surveillance - Si l'occlusion ne cède pas en quelques heures : **endoprothèse métallique trans-tumorale** (sous contrôle endoscopique ou radiologique) ou **colostomie en amont de la tumeur** - Bilan complet, colectomie carcinologique (emportant prothèse/stomie)
		Cancer colorectal	Colectasie, Pneumatose pariétale	- **Chirurgie** en urgence : **colectomie subtotale** + **anastomose iléo-rectale**
		Fécalome		- **Retrait manuel** et avec des **lavements évacuateurs** (attention au risque de perforation rectale)
		Syndrome d'Ogilvie		- **Exsufflation endoscopique ou percutanée (à l'aiguille)**, éventuellement itératives ± **Prokinétiques** : **néostigmine**